Thèse présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, le 1er février 1840 / par Berthe (Bernard-Louis-Adolphe).

Contributors

Berthe, Bernard Louis Adolphe.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Veuve Ricard, née Grand, imprimeur, 1840.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/j3rza32r

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363828

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des cas qui réclament la ligature de l'artère poplitée ; comment pratique-t-on la ligature de cette artère dans les divers points de son étendue ? comment se rétablit la circulation ?

SCIENCES MÉDICALES.

Importance du diagnostic en pathologie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des organes sécréteurs de la graisse ; faire connaître leur disposition et leur structure.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des effets d'une diminution subite de pression atmosphérique sur la peau et les membranes muqueuses.

N° 9.

8.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 1er FÉVRIER 1840 ;

PAR

BERTHE (BERNARD-LOUIS-ADOLPHE),

de Sedan (ARDENNES) ;

Chirurgien militaire ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Celui qui n'écrit que pour remplir un devoir dont il ne peut se dispenser, une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

(LA BRUYÈRE.)

MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1840.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour tendre, reconnaissance éternelle pour les sacrifices et les privations sans nombre que vous vous êtes imposés pour mon éducation.

A MON FRÈRE VICTOR,

Pharmacien à Sedan,

ET A SA FEMME.

Amitié sincère.

A MON FRÈRE ÉDOUARD,

Médecin à Sedan, ex-Chirurgien militaire, Chevalier de la Légion d'honneur.

Affection, attachement sans bornes.

A ma bonne Sœur VICTORINE.

Ton bon cœur t'a toujours inspiré pour moi les sentiments d'une amitié pure et désintéressée ; j'éprouve aujourd'hui le besoin, dans la première circonstance solennelle de ma vie, de t'en témoigner ma gratitude.

Aux Mânes de ma Belle-Sœur.

Ses vertus et ses belles qualités l'avaient fait chérir de toute ma famille, nos regrets l'accompagnent dans l'éternité.

B.-L.-A. BERTHE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des cas qui réclament la ligature de l'artère poplitée ; comment pratique-t-on la ligature de cette artère dans les divers points de son étendue ? comment se rétablit la circulation ?

1° DES CAS QUI RÉCLAMENT LA LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE.

Si l'on jugeait de la rareté des cas qui réclament la ligature de l'artère poplitée par la circonspection avec laquelle on a eu recours à cette opération, on serait tenté de croire que les indications en sont fort rares, et que même elles ne se rencontrent jamais positivement : ce serait sans doute une proscription injuste que des recherches plus minutieuses tendraient à faire révoquer. Keisleyre, chirurgien au service de l'Autriche, fut, je crois, le premier qui osa la tenter en 1644. Malgré les succès qu'il obtint, elle ne fut répétée en France que vers le milieu du 18me siècle. Pelletan, Desault, Boyer, y recoururent alors, et suivirent la voie qu'avait tracée Keisleyre. Bien qu'elle ait été pratiquée depuis dans plusieurs circonstances, elle n'en reste pas moins une des ligatures les moins usitées.

Les cas qui nous paraissent réclamer la ligature de l'artère poplitée sont les suivants : 1° plaies par piqûre ou par instrument tranchant de l'artère tibiale antérieure au quart et jusqu'au tiers supérieur de son trajet; 2° plaies intéressant le tronc tibio-péronier ; 3° anévrismes traumatiques de l'artère poplitée ; 4° anévrismes traumatiques du tronc tibio-péronier,

ou de la partie supérieure de l'artère tibiale antérieure ; 5° enfin, anévrismes vrais spontanés de l'artère poplitée.

Les indications nous paraissent tellement précises dans la plupart des cas que nous venons de mentionner, qu'il nous semble inutile de nous appesantir sur eux ; ce que nous avons à dire sur deux d'entre eux comprendra, du reste, ce que nous serions amené à répéter sur chacun.

1° *Plaie par piqûre ou par instrument tranchant de la partie supérieure de l'artère tibiale antérieure.*

Holsmann, caporal dans un régiment du génie en garnison à Metz, cherchant à rétablir à la chambrée l'ordre que troublait un de ses camarades pris de vin, le sabre qu'il s'efforçait de lui arracher des mains, échappe aux siennes, et le blesse à la jambe gauche, un peu en dehors, en pénétrant dans les fibres du jambier antérieur qui sont divisées, de même que celles des extenseurs, vers le tiers moyen de la jambe. A l'instant même, il y eut une hémorrhagie abondante : le tamponnement, la compression et les autres moyens hémostatiques n'ayant pu arrêter le jet du sang, on proposa la ligature de l'artère poplitée que M. Willaume pratiqua dans le triangle inférieur, aussi près que possible de la naissance de la tibiale antérieure. Pendant quelques jours, l'écoulement du sang fut suspendu, tout paraissait rassurant pour le malade, lorsque, dans la nuit qui suivit le quatrième jour, l'hémorrhagie reparaît tout à coup : on a de suite recours aux astringents le plus en crédit, ils ne suspendent que momentanément la perte de sang ; la compression n'a pas plus d'efficacité. Cependant les forces du malade s'épuisent ; on arrête qu'il faut sacrifier le membre. La jambe est amputée au lieu d'élection, c'est-à-dire un peu au-dessus de la plaie ; la tibiale était ouverte à sa partie antérieure ; sa partie supérieure ne contenait point de sang ; mais l'hémorrhagie provenait de la portion inférieure, de sorte que si on avait pu lier cette partie de l'artère, Holsmann se serait sans doute rétabli. Ce malheureux périt d'épuisement à la suite de l'amputation.

2° *Ligature de la poplitée dans les cas d'anévrismes vrais de cette artère.*

Est-il utile, lorsqu'une tumeur anévrismale spontanée se manifeste au creux du jarret, de porter une ligature sur l'artère anévrismatique ? La solution de ce problème intéressant nécessiterait la notion : 1° du point précis de la lésion dans le creux poplité ; 2° du degré d'altération de tissu des tuniques artérielles au voisinage de la tumeur. Il semble d'abord impossible, et il est, en effet, difficile d'asseoir un diagnostic certain sur ces deux points. Nous allons cependant hasarder quelques réflexions à ce sujet, et nous nous estimerons heureux si elles peuvent jeter le plus faible jour sur cette partie de la question.

1° Le lieu qu'occupe au dehors la tumeur anévrismale ne saurait être pris pour guide lorsqu'il s'agit de préciser le point de l'ouverture artérielle. Remarquons, en effet, qu'aux confins du losange poplité, c'est-à-dire à l'origine et à la fin de l'artère, se trouvent deux toiles aponévrotiques, des parois musculo-tendineuses denses et résistantes. La région poplitée présente, au contraire, dans son milieu une densité moindre que partout ailleurs ; aussi le kyste anévrismal a-t-il toujours de la tendance à se porter dans ce sens. Si donc la lésion existe dans l'angle tibial ou inférieur de l'espace, l'anévrisme n'en viendra pas moins, en grossissant, faire saillie au-dessus des condyles ; si c'est dans l'angle supérieur, au contraire, on le verra descendre par degrés, de sorte qu'il occupera la même place.

2° Quant à la difficulté de juger sur l'état de l'artère, arrêtons-nous à une remarque faite par plusieurs praticiens, et spécialement par S. Cooper ; ce savant professe qu'il n'est jamais utile d'attendre que le sac soit très-volumineux pour opérer : « les opérations les plus heureuses que j'ai vues, dit le chirurgien anglais, furent pratiquées avant que la tumeur fût devenue très-grosse. » Si c'est là une des conditions les plus favorables au succès de la ligature, ne devons-nous pas en conclure que c'est parce que les tuniques du vaisseau sont à cette époque peu altérées et plus aptes par conséquent à supporter avec efficacité le lien dont on les étreint. Il peut donc être admis, en thèse générale, que la ligature

pourra être placée avec sécurité sur un point de l'artère peu éloigné de la dilatation, dans les cas où la tumeur aura un volume médiocre et ne sera pas trop ancienne.

Or, qu'arrivera-t-il lorsqu'ayant à traiter un anévrisme qui n'aura ni une invasion trop ancienne, ni un développement trop considérable, on liera l'artère qui sera le siége de cet anévrisme ?

Les considérations que nous allons présenter nous semblent de nature à résoudre en même temps la première objection relative au point précis où s'est faite la dilatation. L'observation et les connaissances anatomiques nous montrent que, dans presque tous les cas d'artériectasie, la dilatation a pour point de départ le voisinage de ces ponts ou coulisses aponévrotiques qui servent de gaîne à l'artère, soit dans les adducteurs, soit sous le soléaire; et, en effet, ces arceaux, loin d'être disposés, comme on l'avait prétendu, de manière à empêcher toute espèce de pression sur l'artère, la soumettent, au contraire, à des froissements violents et réitérés. C'est là le point de départ de la lésion organique. Nous avons déjà indiqué comment le kyste se développe davantage dans certains points, parce qu'il se porte là où il éprouve une moindre résistance.

Admettons que l'orifice anévrismal soit à l'angle inférieur du losange ; quoi de plus rationnel de découvrir l'artère, et de jeter une ligature entre le cœur et le sac? Si l'orifice se trouve, au contraire, rapproché de l'angle supérieur ou fémoral, la structure de la gaîne aponévrotique et celluleuse dans laquelle se trouve comprimée l'artère, depuis le tiers moyen de la cuisse jusqu'à l'endroit où elle prend le nom de poplitée, est si dense et si peu dilatable, qu'on pourrait peut-être, dans ce cas, avoir recours au procédé de Brasdor, qui consiste à lier l'artère au-dessous de l'anévrisme.

La seule objection que l'on puisse élever serait tirée de la difficulté de l'opération, à cause de la profondeur du siége de l'artère : sans doute cette difficulté est grande, mais elle est loin d'être insurmontable, un peu d'habitude en fait même assez facilement triompher ; n'aura-t-on pas d'ailleurs par là l'assurance d'avoir lié l'artère près du point blessé, s'il s'agit d'une blessure, près de la lésion, s'il s'agit d'un anévrisme, et par conséquent d'avoir bien moins d'accidents à redouter? Si, au contraire, on remonte à la fémorale, au-dessus du tiers moyen de la cuisse, on

s'expose à voir des rameaux anastomotiques rapporter dans le vaisseau qu'on voulait oblitérer du sang qui continue à circuler entre la ligature et la lésion.

2° COMMENT PRATIQUE-T-ON LA LIGATURE DE CETTE ARTÈRE DANS LES DIVERS POINTS DE SON ÉTENDUE ?

L'artère poplitée peut être liée dans sa première et dans sa dernière portion; nous allons indiquer les procédés employés dans ces deux cas.

1° *Dans le triangle supérieur.*

L'opérateur doit avoir près de lui deux aides au moins. L'appareil instrumental se compose d'un tourniquet ; d'un ou deux bistouris convexes sur le tranchant ; d'une paire de ciseaux ; d'une sonde cannelée sans cul-de-sac à son extrémité, et un peu plus effilée que la sonde ordinaire ; de l'aiguille montée de Deschamps à extrémité mousse, dans le chas de laquelle sont passés des fils cirés qui seront préférablement de soie dite de dentiste ; enfin, de ligatures de réserve de même nature que les premières. Ces différents instruments, disposés sur un plateau, seront présentés à l'opérateur à mesure de ses besoins.

L'appareil pour le pansement est fort simple : une éponge fine et de l'eau tiède ; une ou deux compresses graduées ; quelques gâteaux de charpie ; des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, larges d'environ un travers de doigt, et assez longues pour faire une fois et demie au moins le tour du membre; des compresses ordinaires, et enfin une ou deux bandes.

Le malade étant couché sur le ventre, la partie qui doit être le siége de l'opération sera préalablement rasée, et la jambe solidement maintenue par un aide dans une extension modérée ; au moyen du tourniquet, l'artère fémorale sera comprimée à son passage à travers le troisième adducteur : l'opérateur alors se place en dehors du membre malade, et, armé d'un bistouri convexe tenu en troisième position, il

pratique, après avoir, à l'aide de l'autre main, tendu la peau sans en détruire les rapports, une incision parallèle à l'axe du membre, et surtout à la direction connue de l'artère, dans une étendue de quatre à cinq pouces à partir du tiers inférieur de la cuisse, au niveau de l'origine de l'artère. Cette première incision ne devra intéresser que la peau, mais la diviser dans toute son épaisseur; la couche sous-cutanée sur laquelle il tombe ensuite, ne présente rien de remarquable; mais alors il agit avec précaution, dans la crainte de rencontrer la veine saphène externe que l'on aperçoit souvent dans l'angle inférieur de l'incision, un peu en dehors de la ligne parcourue par l'artère : dans ce cas, il la refoule en dehors. En faisant l'incision de la peau un peu plus près du bord interne que du bord externe supérieurement, et dans le sens d'une ligne qui, passant par le milieu de l'espace poplité, viendrait aboutir au niveau de l'articulation, on est, à peu d'exceptions près, certain de l'éviter. La direction de cette incision a de plus l'avantage aussi important de moins exposer à la lésion du nerf sciatique. Au-dessous, on trouve une lame aponévrotique forte et à fibres transversales : le chirurgien la divise avec prudence sur la sonde cannelée; puis, abandonnant le bistouri, il ne rencontre plus qu'une couche plus ou moins épaisse de tissu graisseux, quelques filaments fibro-celluleux, trois à cinq ganglions lymphatiques; il se fraie un chemin à travers toutes ces parties, en les écartant avec ménagement à l'aide de la pointe de la sonde cannelée et des doigts; bientôt il arrive de dehors en dedans, d'abord sur le nerf sciatique, quelquefois déjà divisé en poplité interne et externe, ordinairement indivis; au-dessous du rameau principal de ce nerf, lorsque déjà il a subi sa bifurcation, se présente la veine poplitée large et grosse, et sous elle l'artère qu'elle couvre souvent entièrement, surtout en haut; celle-ci repose en haut sur le plan osseux, et plus bas sur les fibres entre-croisées servant de ligament postérieur à l'articulation tibio-fémorale. Le chirurgien a soin de ne décoller la veine de l'artère que dans une étendue strictement nécessaire.

Alors l'aide chargé des instruments lui présente l'aiguille enfilée; il contourne à l'aide de son crochet le cylindre du vaisseau au-dessus de

la tumeur, et l'étreint; quelquefois, en raison de la profondeur à laquelle est située l'artère, un serre-nœud est nécessaire.

Si l'anévrisme est très-volumineux, on peut, après avoir jeté une ligature médiocrement serrée sur la partie inférieure du vaisseau, ouvrir le sac, en extraire tous les caillots, et l'éponger avec soin.

Les fils sont alors relevés dans les angles de la plaie, dont on affronte les bords au moyen de bandelettes de diachylon; on place sur la solution de continuité des gâteaux de charpie; et sur la portion inférieure de l'artère, au-dessous de l'incision, une ou deux compresses graduées, maintenues modérément serrées par quelques bandelettes. Le tout est recouvert d'un appareil simple. Il sera encore utile d'entourer le membre d'un bandage légèrement compressif, depuis la base des orteils jusqu'au milieu de la cuisse.

2° *Dans le triangle inférieur.*

Même nombre d'aides que dans le procédé précédent; mêmes appareils, même position du malade, mêmes soins préliminaires. Après avoir reconnu avec le doigt l'intervalle qui sépare les deux muscles jumeaux, l'opérateur pratique de haut en bas, à peu près sur la ligne médiane, un peu plus en dehors qu'en dedans, à cause de la plus grande largeur du jumeau interne que du jumeau externe, une incision longitudinale de trois à quatre pouces d'étendue, partant de quelques lignes au-dessous de l'articulation du genou; il ne perdra pas de vue que la veine saphène externe est plus superficielle encore dans cette région qu'au-dessus des condyles, et qu'il peut aussi rencontrer les veines jumelles dans l'angle inférieur de son incision, à l'endroit où elles viennent se jeter dans la veine poplitée; aussi devra-t-il veiller attentivement à ne pas les compromettre dans sa première incision; si elles se présentent, il les écartera en dehors. Après avoir divisé la peau, la couche celluleuse, l'aponévrose, il rencontre, dans le fond de l'interstice des deux muscles jumeaux, d'abord le nerf poplité interne appliqué entre la veine qui est en dedans et l'artère qui est en dehors; il isole la veine et le nerf qu'il

porte en dedans, glisse la sonde cannelée au-dessous de l'artère de dedans en dehors, et achève enfin le reste de l'opération et le pansement comme dans le cas précédent.

3° COMMENT SE RÉTABLIT LA CIRCULATION ?

Les partisans exclusifs de la méthode d'Anel ont prétendu qu'il n'était pas opportun de faire la ligature de l'artère poplitée dans les cas d'anévrismes de cette artère ou même de la partie supérieure de la tibiale ; ils ont donné pour raison que cette opération était dangereuse et difficile, et que, de plus, la fémorale s'oblitérait quelquefois jusqu'à la naissance de la musculaire profonde. Cette dernière assertion est généralement fausse, dans les cas au moins où la ligature porte sur la partie moyenne de la poplitée ou au-dessous, car alors l'oblitération de ce vaisseau ne dépasse presque jamais son origine, et souvent même ne va pas jusque-là. Ainsi la fémorale ne devient pas imperméable au sang, les branches qu'elle fournit servent, au contraire, à rétablir la circulation, et concourent par là à la réussite de l'opération.

En effet, les artères perforantes, branches de la musculaire profonde, et les rameaux descendants de la musculaire superficielle, s'abouchent avec ceux des articulaires inférieures, de la récurrente tibiale antérieure et des jumelles. L'articulaire supérieure interne elle-même est le moyen le plus important de communication entre les vaisseaux de la cuisse et ceux de la jambe ; cette artère, qui naît sur la limite de la fémorale et de la poplitée, quelquefois même de la partie inférieure de la fémorale, est rarement oblitérée, surtout si on a fait la ligature dans le triangle inférieur ou dans la partie moyenne du supérieur ; et comme ses différentes branches s'anastomosent par inosculation quelquefois directement avec l'articulaire inférieure interne et les rameaux récurrents de la tibiale antérieure, ou avec les rameaux correspondants de l'articulaire supérieure externe qui eux-mêmes vont s'anastomoser avec ceux de l'articulaire inférieure externe ; comme, de plus, par ses rameaux rotulien et satellite du nerf saphène interne, elle communique

avec l'articulaire inférieure interne et les jumelles, elle transmet facilement le sang des vaisseaux de la cuisse dans ceux de la jambe, et concourt ainsi puissamment au rétablissement de la circulation. Ces différentes artères augmentent graduellement de volume, et, au bout d'un certain temps, la circulation s'effectue aussi librement qu'avant l'opération.

Le premier malade qui fut opéré de la ligature de l'artère poplitée, à Paris, le fut par Pelletan en 1780 ; il mourut en 1823. Le tronc poplité était transformé en un cordon fibro-celluleux assez grêle, peu résistant dans presque toute son étendue. Les articulaires supérieures interne et externe, l'anastomotique et une branche de la musculaire superficielle fournie par la fémorale, offraient le volume d'une grosse plume de corbeau, et formaient de grandes arcades flexueuses sur les côtés de la rotule et des condyles du fémur, en se continuant avec les articulaires inférieures, les jumelles, la récurrente tibiale, etc. Le membre était d'ailleurs fort bien nourri, et ne différait que par cette disposition artérielle de celui du côté opposé.

SCIENCES MÉDICALES.

Importance du diagnostic en pathologie.

Le diagnostic ayant pour objet l'étude des diverses maladies, et les moyens à l'aide desquels on parvient à les distinguer entre elles, il est évident que c'est dans cette partie de la science que viennent se résumer toutes les observations cliniques. « Sans un diagnostic exact, dit

» Chomel, l'observation ne conduit qu'à des résultats infidèles, et la » thérapeutique ne repose que sur de mauvaises bases. »

Est-il nécessaire de répéter, avec Louis (mémoires de l'Académie de chirurgie, tome V. page 1), que la science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art de guérir, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces, est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut, etc. Or, comme il est bien prouvé que c'est toujours vers ce but que doivent tendre les efforts du médecin, il devient donc incontestable que la connaissance parfaite du diagnostic est de la plus haute importance en médecine, et que, de cette connaissance, il doit en résulter le jugement éclairé sur l'ensemble des phénomènes morbides, et la juste appréciation de chaque spécialité dans les diverses maladies.

Les termes de ma question étant conçus d'une manière générale, je ne pense pas devoir m'appliquer à signaler l'importance du diagnostic dans des cas particuliers. Le nombre varié des signes diagnostiques que nous allons tâcher de traiter dans cette partie de notre thèse, doit être donc considéré comme une des branches de la pathologie toujours envisagée d'une manière générale.

On a dit souvent, et avec raison, que, quels que fussent son âge, son expérience et son érudition, le médecin continuait son éducation toute sa vie. Pourquoi? C'est que, pour la pratique la plus ordinaire, les faits de notre art sont si nombreux, et chacun d'eux si complexe, que jamais nous ne les avons assez étudiés. Les agents mis à notre portée par la nature peuvent se combiner utilement de mille façons par rapport aux influences si diverses au milieu desquelles nous vivons; ce qui fait que l'expérience d'aujourd'hui peut toujours modifier en quelque chose celle de la veille. Cela est surtout vrai à une époque comme la nôtre, où les moyens d'observation, d'investigation, d'expérimentation, sont si multipliés, où les progrès des sciences physiques mettent tant d'instruments entre nos mains, pour bien préciser le siége des maladies, et par conséquent pour faire ressortir toute l'importance d'un bon diagnostic sur lequel repose en-

tièrement toute la pratique médicale. Malgré la valeur incontestable que nous devons accorder à l'étude de la physiologie et de la clinique, pour bien apprécier cette partie de la science, il n'en est pas moins prouvé que c'est plus particulièrement aux travaux de l'anatomie pathologique que le praticien doit emprunter la lumière qui vient éclairer à chaque instant les grandes questions qu'il est appelé à résoudre. Pour résumer tout ce qui précède dans ce chapitre, nous disons que c'est à l'observation clinique et aux recherches sur le cadavre qu'il appartient de déterminer la véritable valeur des signes diagnostiques; valeur qui doit nous conduire, par une foule de moyens, à bien préciser le siége de chaque maladie, source la plus importante pour la certitude du diagnostic. En effet, lorsque le médecin pourra signaler d'une manière certaine quelle est la partie sur laquelle le mal s'est primitivement déclaré, n'est-il pas évident qu'il pourra agir avec promptitude d'une manière rationnelle? Si la médecine moderne a fait de grands progrès, c'est parce qu'elle a senti toute l'importance d'un diagnostic exact, en cherchant à multiplier les moyens d'investigation propres à nous conduire plus sûrement à ce résultat avantageux. Est-il nécessaire d'énumérer ici les services que rendent à chaque instant, dans la pratique, le stéthoscope, le spéculum, le microscope, etc. ? Si on a senti la nécessité d'avoir recours à ces divers instruments, pour mieux préciser les caractères de chaque maladie, il est donc bien avéré que l'importance du diagnostic doit être toujours le guide d'un praticien, comme l'est la boussole pour le nautonnier.

Pour que l'importance du diagnostic soit bien établie en médecine, nous dirons que son étude exige un examen rigoureux de tous les signes qui conduisent à la connaissance des maladies; qu'il faut des conditions nécessaires, de la part du médecin et de la part du malade, pour parvenir à cette connaissance, et une méthode rationnelle basée sur l'observation, afin d'éviter les obstacles qui le rendent si fréquemment incertain et difficile. Éviter de confondre les signes avec les symptômes; étudier le type, la marche, la durée, l'intensité et les causes sous l'influence desquelles la maladie s'est déclarée; se pénétrer de l'action que les agents extérieurs ont pu et peuvent avoir sur elle; tenir compte des effets produits par les agents thérapeutiques employés pour la combattre; interroger le malade

de manière à ce qu'il puisse répondre avec précision sans trop le fatiguer; porter une investigation rigoureuse sur l'ensemble des phénomènes, pour mieux les appliquer à leur spécialité : telles sont les obligations que le médecin doit s'imposer toutes les fois qu'il est appelé à émettre son avis auprès d'un malade. En procédant de la sorte, le praticien pourra faire apprécier à sa juste valeur toute l'importance d'un bon diagnostic, et facilement éviter de confondre les signes principaux avec les accessoires, faire la distinction entre les univoques et les équivoques, les caractéristiques et les communs, et élucider dans le nombre ceux qui suffisent à eux seuls pour caractériser la maladie, c'est-à-dire les pathognomoniques.

D'après tout ce que nous venons d'exposer sur l'étude du diagnostic, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de répéter que la première condition de cette étude est la connaissance approfondie de la pathologie ; que l'érudition, la circonspection et la sagacité du médecin sont indispensables pour pouvoir saisir avec habileté toutes les indications que la maladie peut offrir, et pour donner à chaque signe et à chaque symptôme toute la valeur qui leur sera propre : *non ex uno signo, sed concursu omnium.* (Hippocrate.)

Si nous croyons avoir assez insisté sur l'exposé des conditions nécessaires au médecin pour établir l'importance du diagnostic, nous sentons le besoin d'énumérer ici, et rapidement, certaines obligations de la part du malade, afin de prouver combien il est urgent que l'intelligence de celui-ci vienne éclaircir les doutes qui pourraient entraver le jugement que le praticien doit porter. Ainsi, pour que le diagnostic ressorte avec toute la clarté nécessaire, il faut que le malade puisse répondre facilement aux diverses questions adressées par le médecin; que ses facultés intellectuelles ne soient point troublées; qu'il puisse fournir des documents commémoratifs anciens et récents; que son imagination n'exagère pas la maladie; et enfin qu'il ne cherche pas à tromper l'investigation médicale, soit en cachant quelque particularité de son état morbide, soit en accusant des symptômes qu'il n'éprouve point.

Si l'expérience quotidienne vient confirmer à tout instant combien les paroles de l'illustre Vieillard de Cos, que nous citons plus haut, renferment de vérité, il ne sera point inutile de dire quelques mots sur les

innombrables sources du diagnostic, avant de parler de la méthode à suivre pour bien l'établir, énumération qui doit confirmer toute son importance, et faire éviter au médecin les erreurs dans lesquelles un examen trop léger pourrait le faire tomber. Nous mettrons donc en première ligne l'intelligence médicale à laquelle appartient l'élaboration des faits reposant sur une chose manifeste pour en déduire des conséquences justes; car, si elles étaient basées sur des raisonnements probables, les conclusions seraient toujours douteuses, et la thérapeutique guidée par le hasard. C'est par les sens en général que tout observateur doit recevoir les premières notions de l'état soumis à son examen; et l'esprit, en élaborant les perceptions qui lui sont transmises, doit en tirer les indications rationnelles appropriées à cet état : « les sens sont premièrement affectés, a dit le Père de la médecine, et servent de guide à l'esprit pour la perception des objets; l'esprit retient ensuite comme un dépôt en lui-même les perceptions des objets dont il a eu occasion d'être affecté plusieurs fois, et se les rappelle ensuite au besoin et de la même manière qu'il les a saisis. Il ne suffit pas d'observer, de recueillir des faits; il faut savoir les généraliser et en tirer des inductions. »

L'étude des constitutions médicales, les habitudes du malade, les diathèses, le tempérament, les caractères que la maladie présente à son invasion, son type, sa marche, sa durée, les complications, l'action des agents thérapeutiques, etc., sont autant de sources d'indications de diagnostic sur lesquelles le médecin doit toujours porter une attention toute spéciale, et qui prouvent d'une manière évidente toute l'importance que nous devons lui accorder. Si, pour bien traiter une maladie, il faut connaître toutes les circonstances qui se rattachent à son existence, les particularités qui peuvent l'entretenir, l'aggraver, etc., il en résulte donc que l'étude de la science diagnosticale joue le plus grand rôle en médecine, et que le tact médical, qui ne peut s'acquérir qu'avec le temps, exige l'étude approfondie de l'anatomie pathologique, l'application constante de cette étude au lit du malade, et la connaissance complète de toutes les sources qui peuvent nous conduire à une conviction certaine.

Comme nous avons déjà dit, dans le courant de ce travail, que c'était

dans l'application des sens que le médecin trouverait la meilleure source du diagnostic, nous allons faire en sorte d'exposer dans le chapitre suivant la méthode à suivre, pour que, de cette application, on puisse le faire ressortir dépouillé de toute obscurité.

Après avoir interrogé le malade sur l'âge, la profession, les habitudes et le lieu qu'il habite, le médecin doit examiner l'ensemble de la constitution, comparer les unes avec les autres les diverses parties du corps, varier les positions de la partie qu'il examine, porter une investigation rigoureuse sur celles qui ont des rapports sympathiques ou autres avec la malade, ne pas perdre de vue si la maladie se déclare sous une influence épidémique, et être aussi prompt que possible dans cet examen, afin d'éviter au malade l'action d'une température froide qui pourrait aggraver son état. Il doit ensuite s'enquérir près de lui et près des assistants de ce qu'il a éprouvé au moment de l'invasion du mal : si le malade accuse une douleur, il doit aussitôt s'informer du lieu qu'elle occupe, s'assurer si elle est superficielle ou profonde, aiguë ou légère, constante ou passagère. Par le toucher, il pourra la circonscrire, et juger par ce moyen de son degré d'intensité. Le médecin ne doit pas perdre de vue le volume, la consistance, la couleur et la forme du point douloureux, afin de ne pas tomber dans une erreur grave qui pourrait compromettre l'existence de son malade. En effet, si un praticien, en omettant les préceptes à suivre pour bien établir le diagnostic, s'avisait de plonger un bistouri dans une tumeur anévrismale qu'un examen trop superficiel lui aurait fait croire de nature tout-à-fait simple, n'est-il pas évident qu'en agissant de la sorte il aurait encouru un blâme justement mérité, pour avoir ainsi exposé son malade à un danger imminent? Aurons-nous besoin d'ajouter que c'est toujours dans le diagnostic que le médecin doit trouver la conviction qui doit éclairer parfois la conscience des juges dans les cas de médecine légale? Or, si tous ces faits dénotent l'importance de son étude, nous ne saurions trop répéter combien il exige d'attention et de circonspection de la part du médecin, et combien il serait dangereux si celui-ci portait un jugement prématuré.

La percussion et l'auscultation sont des moyens qu'il faut mettre en usage, surtout si la maladie paraît avoir fixé son siége dans les cavités

thoracique ou abdominale. En faisant usage du microscope, bon nombre de praticiens ont trouvé la solution de certaines ophthalmies rebelles dont la cause échappait sans cesse à l'œil nu. Enfin, le médecin ne doit rien négliger dans la recherche du diagnostic; il doit observer scrupuleusement et avec beaucoup de persévérance l'ensemble des phénomènes, l'expression du visage, les forces musculaires, la disposition morale du malade, la nature du sommeil, l'état de la langue et du ventre, la nature des excrétions alvines, etc. Il doit interroger les fonctions de la vie organique, en explorant minutieusement les divers appareils digestif, respiratoire et circulatoire. Il doit se rendre compte de la chaleur, de la transpiration, des diverses sécrétions, et tout cela après s'être bien pénétré de la cause qui a pu favoriser le développement de la maladie. « A l'examen des symptômes, le médecin doit toujours joindre la recherche souvent difficile et infructueuse des causes qui ont donné lieu à la maladie. La connaissance des causes peut rectifier ou confirmer le diagnostic dans les cas obscurs, et ajouter à sa certitude dans les cas ordinaires. En conséquence, le médecin ne négligera pas de s'enquérir si l'affection dont il cherche à déterminer le caractère est héréditaire ou acquise, si elle se montre pour la première fois, ou si elle a déjà paru; il cherchera à savoir si elle est due à des causes spécifiques dont l'action est manifeste, ou à des causes prédisposantes dont l'action est incertaine; si elle a quelque rapport avec les maladies antécédentes, et quelles ont été ces maladies. » (Dictionnaire de médecine, tome X, page 250.) Et pour donner toute la valeur que mérite l'étude si difficile de cette partie de la science, nous terminerons ce chapitre, avec M. Bérard, en disant qu'il ne suffit pas au médecin de percevoir, il faut encore qu'il puisse comparer et juger. C'est dans ses souvenirs personnels et dans les archives de la science que le médecin va puiser ses points de comparaison. Tantôt le premier aspect de la partie malade lui fait naître l'idée de telle ou telle maladie, et il cherche les signes moins apparents qui doivent confirmer son diagnostic. Tantôt il élimine successivement toutes les maladies qui ont quelque rapport avec celle qu'il a sous les yeux, et il semble que cette manière de procéder doive l'amener nécessairement au but qu'il se propose. Mais

par malheur nous ne savons pas tout; nous ne nous souvenons pas de tout ; et d'ailleurs, en supposant que le médecin ait l'instruction la plus étendue, et la mémoire la plus fidèle, qui lui répond qu'il n'aura pas affaire à quelqu'une de ces maladies anormales que personne n'a jamais vue, ou du moins jamais décrite ?

Quoique je reconnaisse l'imperfection de ce travail, auquel le manque de temps ne m'a pas permis de donner un plus long développement, je n'en sens pas moins le besoin de le résumer dans les conclusions suivantes :

1° Que l'importance du diagnostic ne saurait être mise en doute, puisque la thérapeutique médicale repose entièrement sur cette partie de la science.

2° Que son étude exige une foule de connaissances approfondies de la part du médecin, et toute son intelligence dans l'appréciation des faits que l'anatomie pathologique et l'observation clinique soumettent sans cesse à son investigation.

3° Que son utilité est aussi indispensable au chirurgien qu'au médecin, quoique le premier, en général, puisse l'établir plus facilement que le second.

4° Qu'il importe d'une manière absolue que l'un et l'autre connaissent toutes les sources d'indications, et les divers instruments à l'aide desquels on parvient à éclairer toutes les questions douteuses.

5° Enfin, qu'une bonne méthode analytique est nécessaire pour pouvoir procéder avec ordre à l'examen de tous les phénomènes morbides ; et que la plus grande circonspection doit servir de guide aux actes du praticien, afin d'éviter la confusion dans ses idées, et les conséquences souvent fâcheuses dans lesquelles un examen trop léger pourrait le faire tomber.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des organes sécréteurs de la graisse ; faire connaître leur disposition et leur structure.

Les auteurs n'étant pas d'accord entre eux sur cette question, tout

ce qu'ils en ont dit n'étant basé que sur le raisonnement, et ne pouvant être démontré d'une manière palpable par les sens, comme doit l'être tout ce qui a rapport aux sciences anatomiques, nous ne pouvons nous-même la résoudre qu'en rapportant les opinions des différents anatomistes qui s'en sont occupés.

Malpighi supposait que la graisse était sécrétée par des glandes pourvues de canaux excréteurs particuliers.

Haller pensait que, tout formé dans le sang, ce fluide nageait à la surface de la colonne sanguine, et suintait ainsi à travers les parois des artères, dans le tissu cellulaire environnant. Cette transsudation n'offre rien de satisfaisant à l'esprit : d'abord, en effet, si la graisse existait toute formée dans le sang artériel, à l'instant où on tire le sang de ces vaisseaux, on pourrait facilement la reconnaître à la surface du liquide où l'entraînerait sa pesanteur spécifique ; et ensuite, si la graisse était le produit d'une pareille transsudation, pourquoi le scrotum, la verge, les paupières, etc., qui pourtant sont parcourus par des vaisseaux artériels, n'en contiendraient-ils pas aussi bien que les autres organes qui en sont le mieux pourvus ?

Bichat nous paraît être celui qui s'est occupé de cette question avec le plus d'attention. Selon ce savant anatomiste, la graisse est produite, non par des organes sécréteurs, mais bien exhalée par des vaisseaux particuliers naissant du système capillaire, par l'intermédiaire duquel ils se continuent avec les artères qui leur apportent les matériaux de cette exhalation. Ces vaisseaux portent le fluide dont ils sont chargés dans des espèces de réservoirs ou cellules de forme et de capacité variables, communiquant toutes ensemble, et constituées par un assemblage de filaments et de lames blanchâtres, entre-croisés dans tous les sens. C'est de la réunion de ces sortes de loges juxtaposées les unes aux autres que résulte le tissu cellulaire si universellement répandu. Du reste, Bichat avoue lui-même que le mode d'origine de ces vaisseaux exhalants dans le réseau capillaire est inconnu, de même que leur forme, leurs dimensions et leur manière d'être dans le trajet qu'ils parcourent.

Béclard, qui vint après Bichat, se contente de nier que la graisse soit, comme l'avait supposé Malpighi, sécrétée par des glandes spéciales, ou

même, selon Bichat, portée dans les aréoles du tissu cellulaire, par des conduits ou vaisseaux exhalants particuliers. La sécrétion de la graisse, dit-il, sans donner aucune preuve de ce qu'il avance, est une sécrétion perspiratoire. On peut considérer le tissu adipeux comme composé de vésicules d'une ténuité microscopique, formant par leur agglomération des grains ou lobules un peu moins petits, qui se rassemblent à leur tour pour constituer des masses d'une forme et d'un volume variables; quoiqu'on puisse observer du tissu cellulaire de plus en plus épais et distinct, à mesure qu'on l'examine entre les vésicules, les grains ou les masses composant le tissu graisseux, il résulte pourtant de cette disposition que sa structure n'est pas aréolaire, et peut être comparée à celle des fruits de la famille des hespéridées, comme les oranges, qui offrent bien visiblement aussi des vésicules membraneuses séparées par des cloisons auxquelles elles adhèrent. Les vésicules, les lobules et les masses sont supportés, à la manière des grains de raisins, par une espèce de pédicule que leur fournissent les vaisseaux logés dans leur intervalle. Des vaisseaux sanguins se divisant et se subdivisant à l'infini se distribuent aux différentes parties du tissu adipeux; mais quel est l'usage de ces vaisseaux? C'est ce qu'il n'essaie même pas de démontrer; il finit même par laisser en proposition la question importante de l'origine de la graisse. Résulte-t-elle, dit-il, de l'action organique des vaisseaux qui la déposent dans les vésicules adipeuses? Ou bien existe-t-elle déjà toute formée dans le sang en circulation? Ou bien, enfin, a-t-elle encore une origine plus éloignée?

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des effets d'une diminution subite de pression atmosphérique sur la peau et les membranes muqueuses?

Notre globe est entouré d'air à une distance de douze à quinze lieues. Parmi les propriétés connues de l'air, trois surtout se rapportent à notre

sujet ; ce sont : 1° l'élasticité, c'est-à-dire cette force répulsive commune à tous les fluides aériformes, en vertu de laquelle leurs molécules tendent sans cesse à s'écarter les unes des autres, et à occuper un espace qui est en raison inverse de l'obstacle qui s'oppose à cette force ; 2° la compressibilité, ou cette propriété dont jouissent les molécules de ces mêmes corps, de pouvoir, par une force contraire à la précédente, être comprimées de manière à revenir sur elles-mêmes et à occuper un espace plus petit ; 3° enfin, la pesanteur, propriété qu'il partage avec tous les autres corps de la nature, appréciable par la balance, en raison de laquelle leurs molécules tendent à se rapprocher du centre de la terre, et exercent les unes sur les autres une pression qui est en raison directe de leur masse.

Si, par la pensée, nous divisons la masse totale de l'atmosphère en soixante-seize parties, dont la première sera la plus rapprochée de la terre, il sera facile de conclure, d'après ce que nous venons d'énoncer : 1° que la soixante-seizième partie éprouvant un obstacle à son élasticité soixante-seize fois moins fort que la première, occupera un espace soixante-seize fois plus grand que celle-ci ; 2° que, par opposition, la première, pressée par le poids des soixante-quinze parties qui lui sont supérieures, formera un volume soixante-quinze fois plus petit que la dernière ; 3° que, si nous cherchons à nous représenter quelle est la pression atmosphérique que supporte l'homme à la surface de la terre et au niveau des mers, nous serons effrayés de voir que, pour un homme de moyenne taille, cette pression est d'environ 33,000 livres.

Comment se fait-il qu'il puisse résister à un poids si énorme ? comment se fait-il que cette pression soit même nécessaire au libre exercice de ses fonctions, comme on le remarque chez ceux qui habitent les plaines situées au niveau des mers ou des lieux peu élevés ? On se rend facilement compte de ce phénomène quand on sait que l'intérieur de son corps et de ses os mêmes est rempli ou de liquides qui, tout en se laissant un peu comprimer, exercent cependant de dedans en dehors, et par le seul fait de la compression qu'ils subissent, une résistance active à la pression extérieure qui tend à anéantir la capacité des organes qui les contiennent, ou bien d'air aussi élastique que celui du dehors, opposant une

pression justement égale à celle de l'air extérieur dont il contre-balance ainsi le poids.

Mais si, d'un côté, la pression qu'exercent les fluides et les liquides intérieurs sur les parois qui les contiennent fait équilibre à la pression atmosphérique extérieure, cette dernière n'est pas moins nécessaire au maintien de cet équilibre; et son augmentation ou sa diminution subite peut entraîner des accidents plus ou moins graves, suivant le degré auquel elle est portée, et dont le résultat, quoique peu connu dans le premier cas, serait cependant assez facile à apprécier par le raisonnement. Mais les limites de notre question, en nous restreignant aux seuls effets d'une diminution subite de cette pression sur deux parties désignées du corps, nous interdisent ces détails.

La diminution subite de pression peut être effectuée sur une partie déterminée de la peau; cette diminution peut être même amenée jusqu'à un vide plus ou moins complet, et alors se produisent les effets locaux que nous observons tous les jours dans l'application des ventouses; c'est-à-dire : pendant que, d'une part, nous voyons la peau immédiatement placée en dehors des bords du vase qui fait l'office de ventouse, conserver son état normal, parce qu'elle continue d'être soumise à la pression extérieure; nous voyons, au contraire, la partie sur laquelle s'exerce le vide, se boursoufler, se gonfler, tendre, en un mot, à occuper l'espace vide qui s'offre, pour ainsi dire, à elle; prendre une couleur rouge d'autant plus foncée que le vide est plus exact; et laisser même bientôt suinter à travers ses pores quelques gouttelettes de sang, si cette sorte de soustraction de pression atmosphérique, qui n'agit bien que dans ses premiers moments, est souvent renouvelée de manière à multiplier ces premiers instants.

Ou bien le corps tout entier est exposé à cette diminution subite de pression qui, dans ce cas, ne sera jamais, comme dans le précédent, portée jusqu'à un vide absolu, mais pourra cependant, dans un instant très-court, devenir très-considérable, ainsi que cela arrive dans les ascensions aérostatiques poussées jusque dans les plus hautes régions de l'atmosphère : alors on voit, d'une manière moins marquée sans doute que dans le cas d'application de ventouse, mais pourtant bien manifeste

et surtout générale, le boursouflement de la peau et sa coloration rouge; les capillaires sanguins, abondamment répandus à la surface interne des membranes muqueuses, laissent échapper le sang qu'ils contiennent : de là, les hémorrhagies plus ou moins graves, et aussi plus ou moins générales.

Il nous reste à faire connaître comment se produisent ces effets. Les propriétés dont nous avons parlé au commencement de cet article nous en fournissent une facile explication, qui sera la même pour les deux cas que nous venons de citer.

Nous avons dit que l'intérieur de nos organes était rempli ou de liquides qui, bien que peu compressibles, subissent pourtant toute la compression dont ils sont susceptibles, ou de fluides élastiques faisant équilibre à la pression extérieure.

Or, qu'arrivera-t-il si, par une cause quelconque, soit locale, soit générale, on diminue subitement cette puissance de pression extérieure ? D'une part, les fluides aériformes, en vertu de leur élasticité, se dilatent, c'est-à-dire que leurs molécules s'écartent les unes des autres, et tendent à occuper un espace plus grand; pour gagner cet espace, les unes pousseront au-devant d'elles et de dedans en dehors les molécules solides qui s'opposent à leur expansion, et s'échapperont peu à peu à travers les pores de la peau : de là le boursouflement, le gonflement de la peau. Les autres, au contraire, fuiront par les ouvertures naturelles, jusqu'à ce que la pression intérieure soit devenue égale à la pression extérieure; mais alors la résistance qu'opposent les liquides contre les parois des organes qui les contiennent restant la même et étant alors plus puissante que la force de pression extérieure, ces liquides s'échapperont aussi, soit par les ouvertures des vaisseaux capillaires répandus sous la peau ou à l'intérieur des membranes muqueuses, soit même en brisant les parois qui les retiennent : de là les hémorrhagies plus ou moins graves.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM.	CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
	BROUSSONNET, Examin.	*Clinique médicale.*
	LORDAT.	*Physiologie.*
	DELILE.	*Botanique.*
	LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
	DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
	DUBRUEIL.	*Anatomie.*
	DELMAS.	*Accouchements.*
	GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
	RIBES.	*Hygiène.*
	RECH.	*Pathologie médicale.*
	SERRE, Suppl.	*Clinique chirurgicale.*
	BÉRARD, Présid.	*Chimie générale et Toxicologie.*
	RENÉ.	*Médecine légale.*
	RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
	ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
	.....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.	VIGUIER, Exam.	MM.	JAUMES.
	BERTIN.		POUJOL.
	BATIGNE.		TRINQUIER.
	BERTRAND.		LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
	DELMAS fils.		FRANC.
	VAILHÉ, Examinateur.		JALAGUIER.
	BROUSSONNET fils.		BORIES.
	TOUCHY.		

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Questions de Thèse tirées au sort.

N° 10.

9.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DES PRINCIPALES DIFFORMITÉS DU BASSIN.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELS SONT LES SYMPTOMES ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS ET DES FISTULES BILIAIRES?

SCIENCES MÉDICALES.

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES FOURNIES PAR LE GENRE DE MALADIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DONNER LA THÉORIE DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE,

DANS LA SUPPOSITION DE DEUX FLUIDES.

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 3 FÉVRIER 1840,

PAR

P.-J.-C.-ALEXANDRE GRANIER,

DU PONT-DE-CIROU (AVEYRON),

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
près la Place de la Préfecture, 10.

1840.